REPUBLICA ARGENTINA
PRESIDENCIA DE LA NACION
SECRETARIA DEL CONSEJO NACIONAL DE DESARROLLO
SECTOR SALUD

Aspectos Financieros de la Salud

(reimpresión corregida y aumentada)

TEMA DE DIVULGACION INTERNA

Nº 77

1967

buenos aires

S
20
801

REPUBLICA ARGENTINA
PRESIDENCIA DE LA NACION
SECRETARIA DEL CONSEJO NACIONAL DE DESARROLLO
SECTOR SALUD

Aspectos Financieros de la Salud

(reimpresión corregida y aumentada)

(Material preparatorio para las Segundas Jornadas Argentinas de Salud Pública - San Juan, noviembre 1963)

BIBLIOTECA CO.NA.DE.
No. Inv. C1
Sign. S
Topog. 20
801
Rel.

1967
buenos aires

I - ASPECTOS SOBRE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

1 - El financiamiento es seguramente, uno de los problemas más arduos en la planificación del sector Salud Pública. La naturaleza del sujeto -la salud, o mejor, el estado de salud- no permite, a diferencia de lo que ocurre en otros sectores de la economía, medir su costo efecto.

De antigüo se ha señalado que la salud tiene un valor económico. Dentro de este criterio se ha postulado un mayor aliento para los gastos sanitarios como una forma de inversión económica. Hasta la fecha, sin embargo, no se ha dado con ningún método de computación de estas acciones consistente con los sistemas o modelos de las cuentas nacionales. Resulta difícil estimar el valor de la salud en términos estrictamente económicos.

Se tiene la impresión que la acciones de salud, emprendidas a niveles equilibrados de gastos, pueden jugar un papel en el sentido anotado. Economistas, sociólogos, antropólogos, y, recientemente también los sanitaristas, se han preguntado si la asociación mencionada entre incremento en el nivel de salud y el aumento en los gastos en salud pública, no resulta de una asociación secundaria que se establece a través del desarrollo económico. La naturaleza de la acción de cada uno de los factores señalados (salud, renta o nivel de ingreso y gastos en Salud Pública), la interacción que puede existir entre estos, tomados dos a dos y/o en su conjunto, y la propia patología que el desarrollo económico puede crear, son preocupaciones que a juicio de los relatores no debieran estar ausentes del interés teórico y práctico de estas Segundas Jornadas Argentinas de Salud Pública (San Juan - R.A. - Nov. 1963)

2 - Mucho se ha insistido sobre la relación economía y salud. En fechas recientes la cuestión toma énfasis y expectativa debido fundamentalmente, a la acción desarrollada por los Organismos internacionales: Naciones Unidas, Organización de los Estados Americanos, etc., y agencias especializadas -Organización Mundial de la Salud, Organización internacional del Trabajo, C.E.P.A.L., etc.- las que, en diferentes enfoques, ahondan en el estudio del subdesarrollo económico y señalan la urgencia que las naciones de bajo ingreso incrementen su contenido ritmo de crecimiento. Los países de alto ingreso adelantan programas de asistencia técnica y ayuda económica; con propósitos coincidentes se destacan en el Hemisferio los acuerdos contenidos en la Carta de Punta del Este.

Se ha señalado así, que un bajo nivel de ingreso está asociado con una disminución del estado de salud y que ese estado constituye uno de los factores limitantes del desarrollo económico. En el supuesto que un incremento del estado de salud, promovido entre otras cosas por una adecuada orientación y administración de los recursos utilizados por el sector -y no sólo por el mero aumento de sus gastos- fuera un factor que potencia el desarrollo, se trata, ahora, de que la Salud Pública se integre como un sector más de la economía a los grupos de estudio, análisis y planificación del desarrollo. Visto así el problema, la relación economía y salud adquiere una nueva problemática.

La patología del subdesarrollo no tendría así, sólo su explicación en lo limitado de los gastos y acciones específicas, sino, más bien, en factores vinculados al medio físico, económico, cultural y social. A diferencia de una relación simplista -directa- entre el nivel de salud y renta o salud y gastos en salud pú-

///

///blica, se piensa que el incremento de las acciones de salud se debe dar ahora en forma simultánea y coordinada con la política que promueva una creciente producción de bienes y servicios y una más justa distribución del ingreso: la salud promovida en estas condiciones resultaría un factor que potencia efectivamente el ritmo de crecimiento.

Es éste un enfoque nuevo y fecundo. Teóricamente al menos, no debe ser descuidado en ningún estudio sobre financiamiento. Su extrema complejidad es una veta aún no explorada en profundidad por los administradores sanitarios. Sin embargo, las cuestiones que plantea, como los problemas que trae a consideración, permiten entre otras cosas, una actividad interdisciplinaria que relaciona directamente, en la investigación y en el terreno, a las ciencias de la salubridad con otras áreas del conocimiento -sociología, antropología, etc.-, con las técnicas de la planificación económica y muy en particular con la llamada inversión social.

Encontrar formas o métodos racionales y operativos de financiamiento, de modo que los gastos del sector Salud Pública resulten equilibrados y compatibles dentro del conjunto de las inversiones económicas, es el nudo de la presente problémática. Vincular -integrar- la Salud Pública como un factor que dinamice el desarrollo, es el desafío para los sanitaristas de las áreas de un contenido crecimiento de la renta. La originalidad del problema no admite calcos ni recetas.

3 - Hemos puesto especial énfasis en discutir la relación entre planificación sanitaria y económica, debido entre otras cosas, a un advertido criterio de simplificación por los colegas. La expresión planificación se presta en la actualidad a equívocos. Su uso tradicional en Salud Pública no es consistente con el actual, cuando se habla de planificación en Salud Pública como un factor concurrente al desarrollo.

Así, se advierte que planear, planificar, programar y proyectar, son términos aproximadamente sinónimos en el lenguaje sanitario corriente. Indistintamente se los aplica para definir funciones y acciones. Sirven, por lo general, tanto para dar pautas básicas de organización, administración y evaluación de programas como normas de conducción y ejecución. Suelen también utilizarse para designar la acción ejecutiva en el terreno. En contraposición con este uso tradicional, el uso actual de la expresión -planificación- se vincula directamente a la formulación y elaboración de los aspectos económicos y financieros, preferentemente, de un Plan Nacional de Salud Pública. El mismo se debe concretar, naturalmente, sobre la base de los programas y proyectos elaborados en forma analítica por los organismos específicos, tratando de buscar la compatibilidad y consistencia de los recursos a utilizarse, con los recursos económicos disponibles y los objetivos y metas globales de un Plan Nacional de Desarrollo. Conceptualmente, pues, son dos cosas distintas. Los aspectos intra y extrasectoriales que plantea el sector Salud Pública desde el punto de vista del financiamiento, la decisión de prioridades y algunos aspectos de administración, sólo pueden establecerse alrededor de las pautas de coordinación e integración que se señalan.

Se ha puesto especial énfasis en este punto, para aclarar el equívoco que crea la doble connotación de la palabra planificación. Alguna bibliografía consultada parece evidenciar un ágil pasaje de una acepción a la otra enmascarando así diferencias conceptuales y metodológicas importantes. El grupo considera que es de interés advertir y prevenir a quienes en el futuro se puedan encargar de la planificación sanitaria, no incurrir en este error semán-

///

///tico. El grupo cree que las Segundas Jornadas Argentinas de Salud Pública deberían expresarse sobre esta cuestión. (1)

4 - No resulta fácil estudiar los aspectos de financiamiento de un plan nacional de Salud Pública cuando no han sido definidos sus propósitos, objetivos y metas globales específicas, los aspectos de información sanitaria básica a utilizarse en la formulación del plan, los recursos disponibles y los aspectos especificamente legales que hacen a la gestión sanitaria, etc., de las acciones de salud a emprender, así como las líneas organizativas, jurídicas y administrativas, alrededor de las cuales el mismo deberá desarrollarse. La búsqueda y/o el hallazgo de fuentes de recursos económicos resultan en última instancia del conocimiento y toma de posición sobre las cuestiones anotadas.

---

(1) ver Resolución Nº 5 - "Planificación de la financiación de la Salud Pública", aprobada en las citadas Jornadas en Boletín Nº 2 de la Asociación Argentina de la Salud Pública. pag.33.

II - EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PUBLICA EN LA ARGENTINA

Las reservas anotadas en el punto anterior no inhiben al grupo encarar un trabajo en que se contemplan los siguientes aspectos:

a) una revista crítica de las fuentes actuales de financiamiento del sector, de su estructura, y del carácter de la información disponible;

b) un análisis de los estudios e investigaciones realizadas con estos propósitos en la tentaviva de explorar nuevas fuentes de financiamiento y los aspectos legales y administrativos que esta actividad pudiera involucrar;

c) Proponer recomendaciones concretas que faciliten el desarrollo de un plan nacional de Salud Pública poniendo énfasis en algunos de los problemas limitantes para la expansión del sector.

II.1.- CLASIFICACION DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (origen de los recursos).

La O.M.S. (1961) resume un esquema facilmente aplicable a la Argentina para clasificar el origen de los recursos financieros utilizados en Salud Pública. Dicho manual establece, con ligeras modificaciones, siete categorías que a continuación de resumen:

- Fondos del gobierno:
  - nacional
  - provincial
  - local
- Fondos de sistemas compulsivos de seguro de salud o asistencia médica.

///

///

- Fondos de sistemas privados de seguros.
- Fondos de suscripciones voluntarias o de beneficencia.
- Donaciones del exterior.
- Fondos de las empresas gastados en acciones de salud.
- Recursos privados.

La publicación mencionada define en detalle estas categorías y las subclasifica. El sistema propuesto es prácticamente aplicable al país sin grandes modificaciones. Las categorías señaladas están representadas en la Argentina sin excepción.

Estimaciones hechas por uno de nosotros (A. Torrents, 1959) señalaban para el país un gasto de 17.300 millones de pesos, lo que representaba aproximadamente un 5,5 por ciento del valor del producto bruto interno (317.000 millones). La cifra así estimada no se diferencia en mucho con la de otros países analizados en publicaciones aparecidas con posterioridad (O.M.S., 1961, O.I.T., 1960). Si bien se trata de una estimación grosera, cuyo método fue analizado y discutido, por el autor, en dos Cursos sobre Desarrollo Económico (Junta de Planificación Económica de la Provincia de Buenos Aires, 1960), permitió, sin embargo, una primera aproximación de los recursos financieros utilizados, así como la participación relativa de sus distintos componentes. El sector Salud del CONADE., se propone actualizar esta información con exigencias metodológicas más severas, habiendo terminado ya su primer análisis del gasto Público en Salud.

Resulta relativamente fácil estudiar el monto de los recursos financieros utilizados por los grupos: Gobierno, Fondos de suscripciones voluntarias o de beneficencia, donaciones del exte-

///

///rior y fondos de empresas gastados en salud. Lo propio no ocurre en cambio con fondos de sistemas compulsivos de seguro de salud o asistencia médica, y los recursos privados, sin duda los de mayor peso en el conjunto.

Analizaremos a continuación las fuentes que originan el volumen mayor de recursos financieros utilizados por el Sector Salud.

II.1.1. RECURSOS PRIVADOS

Se trata de una fuente de financiamiento harto dispersa y heterogénea.

La misma está formada por todos los pagos directos que hacen los individuos o las familias por las prestaciones médicas cualesquiera fuere el carácter de las mismas. El grupo incluye, entre otros, a manera de ejemplo, las siguientes: medicina de consultorio, general y/o especializada, asistencia domiciliaria, gastos de internación y honorarios médicos y honorarios por intervenciones quirúrgicas, gastos en farmacia, asistencia odontológica de cualquier tipo, prótesis, etc.etc. La dispersión y heterogeneidad de esta información no hacen precisamente fácil dar con un método simple para estimar, dentro de márgenes aceptables, el monto aproximado de esta fuente de financiamiento.

A priori se pueden definir dos métodos alternativos y complementarios para su investigación:

a) estudiar el gasto privado de las personas destinado a asistencia médica -pagos directos por las personas- mediante una encuesta realizada por una muestra probabilística, estratificada por áreas y grupos socio-económicos. La toma de información para los

///

///propósitos anotados -pago directo- puede ser incluída junto con otras encuestas a realizarse con propósitos socio-económicos y/o sanitarios. (Una primera aproximación al problema ha sido intentada a través de la encuesta de empleo y desempleo, realizadas en fechas recientes por el Consejo Nacional de Desarrollo, con el asesoramiento y en coordinación con el instituto de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Este estudio está en etapa de análisis, y

b) estudiando esta fuente de financiamiento como el ingreso generado para los distintos grupos profesionales, empresarios, técnicos, auxiliares, etc., a los que se alude en la definición -médicos, odontólogos, farmacia, quinesiología, enfermería, sanatorios privados, etc. por los pagos realizados en forma directa por los pacientes. El uso alternativo y complementario de ambos métodos permite sin duda un mejor ajuste en la estimación del monto de esta fuente de financiamiento del Sector Salud Pública. (1).

Dada la imprescindible necesidad de un conocimiento adecuado, dentro de márgenes de error aceptables, del volumen con que contribuye -participa- el sector privado en los gastos en Salud Pública, el grupo sugiere la conveniencia que las Segundas Jornadas de Salud Pública, recomienden la necesidad de encarar una investigación de la naturaleza de la señalada y el posible uso de los métodos sugeridos. (2)

---

(1) La publicación de la O.I.T.(1959) y la de la O.M.S. (1961) dan extensa información respecto de la forma en que tales estudios pudieron ser realizados en 17 y 6 países respectivamente.

(2) Ver resolución Nº 7 "Investigación de las fuentes de financiación" aprobada en las citadas Jornadas. Boletín Nº 2 de la Asociación Argentina de la Salud Pública. pag. 34 y 35.

///

II.1.2. FORMAS COMPULSIVAS O SEMICOMPULSIVAS DE SEGURO DE SALUD O ASISTENCIA MEDICA

Estas formas de financiamiento -categoría 2 de la clasificación de la O.M.S.-, están extraordinariamente desarrolladas en el país. Bajo distintos nombres y diferentes dependencias administrativas, existe a lo largo del país, Obras Sociales de los Ministerios, de los Entes Autárquicos y Organismos descentralizados; una situación semejante se repite en casi todas las provincias y en los grandes municipios; existen también Obras Sociales y/o mutuales de los gremios de empleados y obreros, etc. La característica común desde el punto de vista del financiamiento de estas instituciones es la siguiente: a) el carácter compulsivo de los aportes hechos por los posibles usuarios -una proporción del salario es retenida, por lo general, por los empleadores, quienes entregan luego esos aportes a los orgenismos correspondientes-, b) una contribución, de los empleadores, también compulsiva, establecida mediante leyes especiales o convenios colectivos de trabajo. Este "aporte" patronal complementa el gasto de operaciones de los distintos programas que tienen en ejecución tales organismos, y algunos de ellos cuentan además con aporte estatal o de la comunidad usuaria.

Martorelli, J. (1957), estimaba para esa fecha que la red "teórica" cubierta por estos organismos, con independencia de la calidad de sus prestaciones abarcaría, aproximadamente, los 2/3 de la población económicamente activa y de los familiares dependientes del grupo. Se trata por supuesto de una cobertura "teórica". Las características del sistema y sus formas de operación, que aquí no se analizan, aunque forman parte de estudios futuros del CONADE, hacen improbable la realización de tal posibilidad.

/// Sin duda, la recolección de información económica para esta categoría de financiamiento en Salud Pública, a diferencia de la anterior, se ve facilitada por la concentración de las actividades de un definido número de organismos, pero la falta, en general, de una clasificación sistematizada y homogénea de los recursos utilizados en atención médica, dentro del conjunto heterogéneo de las otras actividades sociales que cumplen, ha constituído para el grupo una dificultad no fácil de vencer. Sólo un cuidadoso análisis de las memorias y balances de estos organismos, unido a una consulta directa con sus administradores, podría en el futuro permitir evaluar con aproximación aceptable, los recursos financieros utilizados en Medicina Asistencial por este complejo conjunto.

II.1.3. FONDOS DEL GOBIERNO

El estudio de las formas públicas es sin duda el de más fácil planteo aunque no deje de presentar sus complejidades. (1)

Los ingresos del Estado resultan de la suma de los recursos regulares que el gobierno -nacional, provincial y municipal- obtiene a través de los impuestos (directos e indirectos), tasas, gravámenes y otras fuentes (uso del crédito interno y externo). Es función del Estado invertir estos recursos para: a) sus propios fines -gastos específicos del Estado y su administración; b) otros propósitos y objetivos. Entre éstos se dá creciente énfasis, fun-

///

(1) En publicación aparte se presenta la síntesis del estudio realizado por el grupo sobre la evolución del gasto público en Salud Pública para los años 1955-1961, elaborados sobre la base de un análisis de las cuentas de inversión.

///damentalmente en las áreas subdesarrolladas o contenidas en su crecimiento, a los sectores de la inversión social que incluyen la Salud Pública. La manera en que el Estado vehiculiza tales recursos a estos fines específicos o a otros, es en última instancia una cuestión de decisión política.

Desde el punto de vista estrictamente económico, las actividades del Estado pueden promover una redistribución del ingreso en forma indirecta, mediante este tipo de acciones, al entregar así mayores bienes y servicios para la comunidad en su conjunto o para sectores o grupos específicos de la misma. Por lo general estas acciones tienden a favorecer en forma indirecta a los grupos de más bajo ingreso. Repetidamente se ha señalado que el papel así cumplido por el Estado promueve, en un sistema democrático, una mejor justicia distributiva entre los miembros que integran la comunidad. Se ha señalado también, y con creciente énfasis, entre los especialistas del desarrollo económico, que, de existir decisión de promoverlo, la acción del Estado y su política económica constituyen uno de los sectores más dinámicos a tales propósitos.

En este caso el grupo cree que las formulaciones son válidas para establecer formas de financiamiento de un Plan Nacional de Salud Pública -una planificación sanitaria- como factor concurrente del desarrollo. De esta forma, el sector público, dentro de la Salud Pública, cumpliría el papel más dinámico en los cambios necesarios. Sería requisito a estos propósitos, analizar más en detalle su estructura actual y estudiar las posibles formas de financiamiento.

II.2. LA FINANCIACION DE LA ASISTENCIA MEDICA

Cualquiera fuera el origen de los recursos, es decir,

///

/// independientemente de las fuentes de financiación, la asistencia médica, es, sin lugar a dudas la actividad de mayor peso del Sector, y sus problemas de financiamiento los de más complejo tratamiento.

La recuperación de la salud, comprende e integra a su vez, un conjunto de actividades cuya mención en detalle no hace a este relato. Desde el punto de vista económico, y siguiendo la metodología de la O.I.T. (1959), los componentes del gasto asistencial se podrían clasificar en las siguientes categorías:

a) atención médica general;
b) de hospitalización;
c) atención de especialistas;
d) productos farmacéuticos;
e) tratamiento odontológico preventivo y prótesis dentaria;
f) otros gastos.

En el cuadro Nº 1 figura el gasto asistencial, así clasificado para siete países que tienen un sistema de seguridad social. Exprofeso se han tomado tres países europeos de alto ingreso, con sistemas de seguridad social avanzados, en los que se contempla en forma diferente la asistencia médica para los usuarios, y en los que ya existe experiencia en la materia. Se han unido a éstos, con propósito de comparación, tres países latinoamericanos con una estructura económica diferente a los anteriores. Se completa el cuadro con los gastos estimados para los Estados Unidos donde existe un sistema de libre empresa en la contratación de los servicios médicos, ya sea a través de prestaciones privadas o sistemas privados de seguro de enfermedad. (Para los Estados Unidos el gasto fue computado como el presupuesto médico de los particulares, en función de los porcentajes utilizados de la renta per cápita).

///

Cuadro Nº 1 Total del Gasto en Asistencia Médica por persona protegida en 7 regímenes de seguridad social, expresado en porcentajes del ingreso per-capita. Discriminado por rubros.

País / Rubro	Noruega	Francia	Reino Unido	U.S.A. (1)	Chile	Venezuela	México
Total del Gasto	1.25	3.06	3.95	3.10	4.25	6.16	7.47
Medicina General	0.35	0.65	0.38	0.92	-	3.01	3.23
Farmacia	-	0,74	0,41	0.74	-	1.26	3.37
A. Hospitalaria	0.68	1.23	2.23	1.41	-	0.85	0.87
Odontología	-	0.22	0.30	0.03	-	-	-
Otros tipos	0.22	0.22	0.63	-	-	1.03	-

Fuente: "El Costo de la Asistencia Médica" O.I.T. Ginebra 1959. Se tomo el presupuesto médico de los particulares.

Cuadro Nº 2 Gasto corriente en Salud Pública como porcentaje del Producto Bruto Nacional y distribución porcentual por rubro de actividades en 6 países seleccionados.

PAIS	Gasto en Salud, % del P.B.N.	Distribución porcentual del gasto en Salud Pública			
		Asistencia Médica	Medicina Sanitaria	Capacit. Investig.	Total
Ceylán	4.2	94.4	4.1	1.5	100
Chile	-	90.0	6.4	3.6	100
Checoesl.	-	91.5	3.4	5.1	100
Israel	5.5	94.4	1.9	3.7	100
Suecia	4.5	96.2	1.3	2.5	100
U.S.A.	5.0	96.6	0.8(2)	2.6	100

Fuente: O.M.S. "The health costs" Ginebra-1960. (1) Gastos corrientes.
(2) Se incluye gasto de capital relativamente pequeño no discriminado.

///

Puede admitirse, sin grandes modificaciones, que estas cifras son consistentes con el costo total estimado para los seis países que abarca el estudio de la Organización Mundial de la Salud 1960. (Cuadro Nº 2).

Alrededor de estas constataciones y cifras, se podría centrar una discusión fecunda sobre los problemas de financiamiento de la asistencia médica -medicina reparadora-. Se podría comprobar así: a) que los gastos que insume son proporcionalmente más elevados, respecto del total de los gastos en Salud Pública, en los países de bajo ingreso; y que los mismos medidos en función de la renta, también son proporcionalmente más elevados; y b) que el costo de los distintos sistemas de seguro de salud o enfermedad, por individuo protegido, en las áreas, con un ritmo contenido de desarrollo, para dos de los tres países latinoamericanos estudiados, (México y Venezuela), duplican el gasto si a éste se lo mide en función de la renta disponible. Chile, con un 4.25% de la renta en medicina asistencial, no es una excepción a lo formulado: sólo señala una transición en la tendencia anotada.

La situación que debe considerar la medicina argentina en los actuales momentos, en materia de financiamiento, es similar a la anotada aunque sus perspectivas no sean del todo semejantes.

Existe conciencia que la actual estructura adolece de serias fallas de funcionalidad y organización que duplica esfuerzos y multiplica gastos. Por otra parte, se advierte que esto resulta de una inadecuación de las actuales estructuras al cambio resultante de la evolución en las técnicas de diagnóstico y tratamiento de los enfermos y del carácter social que ha adquirido la

///

///medicina contemporánea sobre todo después de la terminación de la segunda guerra mundial. Si bien el país fué sensible a esta doble transformación, es evidente que no ha sabido, hasta la fecha, instrumentarla.

La rápida y fácil preparación, incorporación y aplicación de las nuevas técnicas por los profesionales, es una evidencia de su anotada sensibilidad científica; el extraordinario desarrollo de la capacidad instalada dependiente de las obras sociales y mutuales; el incremento relativo, durante algún período de la medicina pública, pone de manifiesto, aunque inorgánicamente, la perspectiva social de su nuevo desarrollo. Pero este proceso no se ha operado, desde el punto de vista económico, con una mejor utilización de los recursos ni contemplado aspiraciones legítimas de los profesionales que vieron desalentado su ingreso privado con esta transformación.

Ante este estado de cosas la opinión profesional se expresa en dos posiciones extremas, pero coincidentes en lo que puede interpretarse como defensa de sus derechos:

a) la que exige la privatización de la medicina asistencial, criterio que tiene diferentes variantes: privatización total, semiprivatización de los servicios públicos, sistemas mixtos de administración, arancelamiento por prestaciones, etc., y
b) las que se orientan hacia un seguro nacional de salud y/o enfermedad.

No viene al caso una crítica de ambas posiciones extremas. Lo limitado del primer planteo, de acuerdo a la experiencia internacional, inclinaría a una aceptación fácil del segundo, si

///

///la posibilidad de su concreción resolviera los problemas de disfuncionalidad que se anotaron.

Sin entrar a discutir en detalle los diferentes proyectos expresados, y coincidiendo con su formulación general, un seguro de salud o de enfermedad, integrado en un sistema unificado de seguridad social sería una de las formas más racionales de encarar el problema de la asistencia médica en la Argentina, se pasa a señalar algunos de los problemas que puede traer aparejado su financiamiento,

1 - La experiencia internacional señala que los gastos en Salud Pública y Medicina Asistencial, en los países con sistemas integrados de seguridad social, insumen entre el 25 y el 35% de todos los gastos del sistema y que estos están entre 7 y 13% del valor de la renta nacional (Richardson, Henry J., 1960). Se ha señalado anteriormente que los gastos en Medicina Asistencial en los países que disponen de sistemas de seguro de salud tienen mayor peso en los países de bajo ingreso que en los de alto ingreso. (Calculados en función de la renta).

2 - En la Argentina es muy probable que la proporción respecto de la renta que insumen los actuales sistemas de seguridad social. sistema jubilatorio- sea relativamente elevada y que la deficiencia de organización y administración de los mismos encarezca extraordinariamente las prestaciones. Actualmente el costo de mantenimiento de este sistema insume entre un 20 y 25% del monto mensual de los salarios pagados. Dificilmente pueda gravarse más al sector laboral y empresario para financiar en forma independiente un seguro de enfermedad.

///

///

3 - De ahí que el grupo presuma que el estudio del financiamiento de un seguro de enfermedad o de salud debiera ser planteado en forma conjunta con una revisión completa de las formas de financiamiento actuales de la seguridad social en la Argentina. Este tipo de trabajo debiera hacerse en forma integrada con los otros sectores vinculados a la acción social del Estado, al par que, de manera independiente, el sector Salud Pública debiera estudiar y estimar los gastos que demandarían sus acciones específicas.

III - RECOMENDACIONES

Para el mejor cumplimiento de los objetivos de estas Segundas Jornadas Argentinas de Salud Pública, el sector salud del CONADE se permite proponer: (1)

1 - Se recomiende la formación de equipos integrados por personal sanitario con capacitación en las técnicas de planificación a nivel de los organismos centrales de planificación económica y de los organismos específicos de conducción sanitaria, cualquiera fuere el nivel de su actividad -central, regional o local-.

2 - Se recomiende la prosecución de los cursos sobre planificación sanitaria organizados en forma conjunta por la Universidad de Buenos Aires, los organismos económicos específicos -Consejo Nacional de Desarrollo y Consejo Federal de Inversiones- y el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, dado que

///

---

(1)Ver capítulo sobre "Aspectos Financieros" de las Actas de las citadas Jornadas. - Boletín Nº 2 de la Asociación Argentina de la Salud Pública, agregado como anaxo 1 de la presente reimpresión.

///la carencia de sanitaristas universitarios con formación económica es uno de los factores limitantes de una moderna planificación.

3 - Se destaque la importancia del estudio sistemático del gasto en salud, y sus implicancias en el resto de la economía, como elementos básicos para cualquier reforma estructural de nuestro sistema sanitario y de sus fuentes de financiación.

4 - Se destaque la importancia del estudio sistemático de las formas ocultas de financiación, entendiéndose así el incremento del ahorro y la inversión por mejor utilización (rendimientos) de los recursos.

5 - Se designe un grupo ampliado de trabajo, especializado en cuestiones de financiamiento para que coordine con los otros grupos de trabajo, las recomendaciones finales.

6 - Se designe un comité ad-hoc permanente de estudio para que se continué en este empeño.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- O.M.S., The health costs, Ginebra, 1960 (Mimeo.)

- O.I.T., El costo de la Asistencia Médica, Ginebra, 1959.

- Richardson, J.H.: Economic and Financial Aspects & Social Security, G. Allen & Unwun Ltda., London, 1960.

- Martorelli, J.: Socializar la medicina?, Buenos Aires, 1958.

- Provenzano, S.D.: Bol. de la Asociación de Salud Pública, Vol. 1, Nº 1, Buenos Aires, 1963.

- Torrents, Arnaldo: El gasto en Salud Pública y Asistencia Médica. (Mimeo. 1958).

- CONADE - Sector Salud - "Análisis y estimación del Gasto Público en Salud - Período 1955-1961", Buenos Aires, 1963.

Anexo I - Recomendaciones aprobadas en las Segundas Jornadas Argentinas de la Salud Pública.

Recomendaciones aprobadas por las II Jornadas Argentinas de la Salud Pública realizadas en San Juan durante el mes de noviembre de 1963, en relación con el presente trabajo del Grupo de Salud del CONADE.

CAPITULO II
ASPECTOS FINANCIEROS

Consideraciones Generales

1. El de la financiación es seguramente uno de los problemas más arduos en la planificación del sector Salud Pública. La naturaleza del sujeto -la salud, o mejor, el estado de salud- no permite, a diferencia de lo que ocurre en otros sectores de la economía, medir su costo efecto.

De antigüo se ha señalado que la salud tiene un valor económico. Dentro de este criterio se ha postulado un mayor aliento para los gastos sanitarios como una forma de inversión económica. Hasta la fecha, sin embargo, no se ha dado con ningún método de computación de estas acciones consistente con los sistemas o modelos de las cuentas nacionales. Resulta difícil estimar el valor de la salud en términos estrictamente económicos.

Se tiene la impresión que las acciones de salud, emprendidas a niveles equilibrados de gastos, pueden jugar un papel en el sentido anotado. Economistas, sociólogos, antropólogos y, recientemente también los sanitaristas, se han preguntado si la asociación menionada entre incremento en el nivel de salud y el aumento en los gastos en salud pública, no resulta de una asociación secundaria que se establece a través del desarrollo económico. La naturaleza de la acción de cada uno de los factores señalados (salud, renta o nivel de ingreso y gastos en Salud Pública), la inte

///

///ración que puede existir entre éstos, tomados dos a dos y/o en su conjunto, y la propia patología que el desarrollo económico puede crear, son preocupaciones que a juicio de este grupo de trabajo no debieran estar ausentes del interés teórico y práctico de estas Segundas Jornadas Argentinas de Salud Pública.

2. Mucho se ha insistido sobre la relación economía y salud. En fechas recientes la cuestión toma énfasis y expectativa debido, fundamentalmente, a la acción desarrollada por los organismos internacionales: Naciones Unidas, Organización de los Estados Americanos, etc., y organismos especializados -Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, C.E.P.A.L., etc. los que, en diferentes enfoques, ahondan en el estudio del subdesarrollo económico y señalan la urgencia de que las naciones de bajo ingreso incrementen su contenido ritmo de crecimiento. Los países de alto ingreso adelantan programas de asistencia técnica y ayuda económica; con propósitos coincidentes se destacan en el Hemisferio los acuerdos contenidos en la Carta de Punta del Este.

Se ha señalado así que un bajo nivel de ingreso está asociado con una disminución del estado de salud y que ese estado constituye uno de los factores limitantes del desarrollo económico. Suponiendo que un incremento del estado de salud, promovido entre otras cosas por una adecuada orientación y administración de los recursos utilizados por el sector -y no sólo por el mero aumento de sus gastos- fuera un factor que potencia el desarrollo, se trata, ahora, de que la Salud Pública se integre como un sector más de la economía en la planificación del desarrollo. Visto así el problema, la relación economía y salud adquiere una nueva perspectiva.

///

/// La patología del subdesarrollo no tendría, así, solamente su explicación en lo limitado de los gastos y acciones específicas, sino, más bien, en factores vinculados al medio físico, económico, cultural y social. A diferencia de una relación simplista -directa- entre el nivel de salud y renta o salud y gastos en salud pública, se piensa que el incremento de las acciones de salud se debe dar ahora en forma simultánea y coordinada con la política que promueva una creciente producción de bienes y servicios y una más justa distribución del ingreso: la salud promovida en estas condiciones resultaría un factor que potencia efectivamente el ritmo de crecimiento.

Es éste un enfoque nuevo y fecundo. Teóricamente al menos, no debe ser descuidado en ningún estudio sobre financiación. Su extrema complejidad es una veta aún no explorada en profundidad por los administradores sanitarios. Sin embargo, las cuestiones que plantea, como los problemas que trae a consideración, permiten entre otras cosas, una actividad interdisciplinaria que relaciona directamente, en la investigación y en el terreno, a las ciencias de la salubridad con otras áreas del conocimiento -sociología, antropología, etc.-, con las técnicas de la planificación económica y, muy en particular, con la llamada inversión social.

Encontrar formas o métodos racionales y operativos de financiación, de modo que los gastos del sector Salud Pública resulten equilibrados y compatibles dentro del conjunto de las inversiones económicas, es el nudo de la presente problemática. Vincular (integrar) la Salud Pública como un factor que dinamice el desarrollo es el desafío para los sanitaristas de las áreas de un contenido crecimiento de la renta. La originalidad del problema

///

///no admite calcos ni recetas.

3. No resulta fácil estudiar los aspectos de la financiación de un plan nacional de Salud Pública cuando no han sido definidos sus propósitos, objetivos y metas globales especificas, los aspectos de información sanitaria básica a utilizarse en la formulación del plan, los recursos disponibles y los aspectos específicamente legales que hacen a la gestión sanitaria, etc. de las acciones de salud a emprender, así como las líneas organizativas, jurídicas y administrativas, alrededor de las cuales el mismo deberá desarrollarse. El hallazgo de fuentes de recursos económicos resulta en última instancia del conocimiento y toma de posición sobre las cuestiones anotadas.

Resolución N° 5.

PLANIFICACION DE LA FINANCIACION DE LA SALUD PUBLICA

Las II Jornadas Argentinas de Salud Pública

CONSIDERANDO:

Que indudablemente existe una relación entre salud y desarrollo económico, formulación que coincide con lo expresado por los organismos económicos y sociales dependientes de las diferentes oficinas técnicas de las Naciones Unidas;

Que la planificación sanitaria así concebida es un factor concurrente del desarrollo económico que permite una actividad interdisciplinaria, vinculando directamente en la investigación y en el terreno a los técnicos en salubridad con los expertos en otros campos del conocimiento (economistas, sociólogos,etc.),

///

///con los técnicos de la planificación económica y muy en particular con la llamada inversión social;

Que existe una estrecha interdependencia entre el desarrollo económico, cultural y social de la comunidad y sus problemas de salud;

Que por ello, compete al Estado asegurar las mejores condiciones para que la población goce del más alto grado de bienestar físico, mental y social;

R E S U E L V E :

1° Recomendar la formación de equipos integrados por personal sanitario con capacitación en las técnicas de planificación a nivel de los organismos centrales de planificación económica y de los organismos específicos de conducción sanitaria, cualquiera fuere el nivel de su actividad: nacional, provincial o local.

2° Recomendar el estudio de formas y métodos racionales y operativos para que los gastos en salud resulten equilibrados y compatibles dentro del conjunto de las inversiones previstas, de manera tal que permitan integrar al sector como un factor dinámico de desarrollo.

Resolución N° 6

FINANCIACION DE LA ATENCION MEDICA :

SEGURO DE SALUD

Las II Jornadas Argentinas de Salud Pública

CONSIDERANDO:

Que en la actualidad existen en nuestro país una serie

///

///de anteproyectos para la implantación del seguro de salud, cuya base financiera y cálculos actuariales asientan en estudios insufi·ientes desde el punto de vista técnico;

Que la diversidad de organismos de tipo social que superponen prestaciones en el campo médico asistencial, con deficiente organización y administración, encarecen el costo de la asistencia médica;

Que existen igualmente proyectos de revisión de las formas de financiación actuales de la seguridad social en la Argentina;

R E S U E L V E :

1° Recomendar a los poderes públicos nacionales y provinciales, se postergue toda modificación de los sistemas en vigencia que no esté avalada por un serio estudio previo que contemple las posibilidades de su financiación.

2° Recomendar que estos estudios prevean la posibilidad de integrar la salud pública en un sistema de seguridad social, temperamento éste aconsejado por la actual tendencia internacional.

Resolución N° 7

INVESTIGACION DE LAS FUENTES DE FINANCIACION

Las II Jornadas Argentinas de Salud Pública

CONSIDERANDO:

Que la información actualmente disponible sobre los usos y fuentes de financiación de la salud pública resulta absolu-

///

///tamente insuficiente para encarar una reforma estructural de nuestro sistema sanitario;

Que los estudios sistemáticos del gasto o costos de salud y sus implicancias en el resto de la economía son elementos básicos a los fines enunciados;

Que nuestro país ha alcanzado en materia sanitaria un grado de desarrollo técnico que permite encarar las investigaciones pertinentes con el necesario rigor científico;

Que algunos organismos y grupos de trabajo (Confederación Médica de la República Argentina, Consejo Nacional de Desarrollo, Consejo Federal de Inversiones, etc.) han realizado estudios especializados sobre el tema, habiéndose concretado o hallándose en vías de concreción proyectos sobre investigaciones específicas;

R E S U E L V E:

1. Recomendar el estudio sistemático de los problemas de la financiación como elemento insustituible para la formulación de planes en cualquiera de los niveles (nacional, provincial o local) y como fundamento lógico de decisión política.

2. Recomendar el estudio de las fuentes ocultas de financiación entendiéndose así el incremento del ahorro y la inversión por mejor utilización (rendimiento) de los recursos.

3. Recomendar la realización de una encuesta perfectamente planificada y con la intervención de técnicos en salud pública y expertos en otras disciplinas, con la participación de los organismos interesados.

///

///

4. Recomendar la formación de una Comisión en la que estén representados la Universidad, la Escuela de Salud Pública, el Ministerio de Salud Pública de la Nación, el Consejo Nacional de Desarrollo, el Consejo Federal de Inversiones, la Confederación Médica de la República Argentina, la Asociación Argentina de la Salud Pública y en el nivel provincial los organismos correlativos, y otras instituciones públicas y privadas, para la programación de la mencionada encuesta que deberá efectuarse en distintas zonas del país, y cuya financiación estaría a cargo de dichos organismos.

5. Recomendar que la Comisión mencionada en el apartado anterior se constituya con carácter permanente para la realización de los estudios que figuran en los apartados 1 y 2.

Resolución Nº 8

DISTRIBUCION DE RECURSOS FISCALES

Las II Jornadas Argentinas de la Salud Pública

CONSIDERANDO:

Que el derecho a la salud se ve desigualmente ejercitado en las distintas regiones del país en relación directa con los diversos niveles de desarrollo de cada una de ellas;

Que desde el punto de vista estrictamente económico el Estado debe promover, a través de su política fiscal, una mejor justicia distributiva del ingreso entre los miembros que integran la comunidad;

Que el Estado, en forma indirecta y a través de los

///

///servicios a su cargo, debe propender a mejorar la distribución del ingreso en las zonas más desprotegidas;

Que el rendimiento de los recursos destinados a la salud está en relación con la capacidad técnica y administrativa de los planificadores y ejecutores de los programas;

R E S U E L V E :

1. Recomendar una revisión de la política fiscal a través del régimen impositivo y de coparticipación federal que promueva una más justa distribución del ingreso en beneficio de las áreas menos desarrolladas.

2. Recomendar asimismo que las prioridades en la distribución de otros recursos (humanos, materiales y financieros), orientados a través de la política sanitaria nacional, se canalicen a favor de las regiones que garanticen una utilización más redditiva del apoyo otorgado.

PERMITIDA LA REPRODUCCION - DEBE CITARSE LA FUENTE